

郵便往復はがき

切手をお貼り下さい



返信

(住所) _____

(氏名) _____

様

- 注意事項
- 受診当日「補助券」を医療機関の受付へ提出してください。
 - 補助券の提出なき場合は一般料金となります。
 - センター印のない「補助券」は無効です。
 - 本券は換金できません。
 - ドックの予約を取り消しされた場合は、本券をセンターまで返送してください。
 - 太枠の記入欄については、すべてご記入ください。

この点線を内側にして折って差し出してください

人間ドック受診申込書

会員番号		会氏員名		(印)
会生員年月日	年 月 日	生 満年令	才 性別	男・女
会住員所	〒		電話	
会勤員先務名		部課名		
会員の勤務先住所	〒		電話	
人間ドック受診医療機関名		コース名	コース	
人間ドック受診予約日	月 日 ()			
(通信欄)				

整理番号

(注) 記入の際表記の注意事項をお読みください。

郵便往復はがき

切手をお貼り下さい



往信

奈良市佐保台西町115番地

(一財) 奈良市総合財団

勤労者福祉サービスセンター 御中

- 注意事項
- ドックの補助対象者は、満40才以上の会員に限ります。
 - ドック受診の7日前までに必ずお申し込みください。
 - 受診後の申込みについては、補助対象とはなりません。
 - 太枠の記入欄については、すべてご記入ください。

人間ドック補助券

整理番号

会員番号		会氏員名		(印)
会生員年月日	年 月 日	生 満年令	才 性別	男・女
会住員所	〒		電話	
会勤員先務名		部課名		
会員の勤務先住所	〒		電話	
人間ドック受診医療機関名		コース名	コース	
人間ドック受診予約日	月 日 ()			
(通信欄)				

平成 年 月 日

(一財) 奈良市総合財団

勤労者福祉サービスセンター

(印)